

fut découverte aussitôt après l'apparition de l'ecchymose. Ces ecchymoses passent par les différentes colorations qui indiquent la résorption des éléments constitutifs du sang et finissent par disparaître complètement en douze à quinze jours.

L'entorse légère, survenant chez un sujet jeune et bien portant, n'a aucune gravité et guérit promptement, sans laisser de gêne dans l'articulation.

Dans les cas les plus fréquents, c'est-à-dire lorsque les accidents ont été modérés, les symptômes perdent peu à peu de leur intensité; les mouvements, d'abord un peu douloureux et difficiles, se rétablissent petit à petit; enfin, au bout de deux ou trois semaines, les malades peuvent se servir librement du membre qui avait été blessé.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il n'est malheureusement pas rare, surtout lorsque l'entorse occupe un ginglyme pourvu de ligaments solides, dont la résistance n'a pu être vaincue que par un choc très-violent, de voir se développer une arthrite très-longue à guérir et qui laisse après elle un relâchement des parties, sous l'influence duquel l'entorse se reproduit facilement.

Enfin chez les sujets scrofuleux ou affaiblis, les entorses guérissent très-lentement, très-difficilement, et souvent même, lorsqu'elles étaient peu intenses, elles se terminent par ces altérations profondes que l'on comprend sous le nom de tumeur blanche.

DIAGNOSTIC. — Il est généralement facile de reconnaître l'existence d'une entorse, surtout lorsque l'on examine l'articulation peu de temps après l'accident. Plus tard, lorsqu'il y a du gonflement, les difficultés augmentent et rendent quelquefois, et principalement dans certaines régions, le diagnostic très-épineux.

On pourrait seulement confondre l'entorse avec une luxation ou avec une fracture voisine de l'articulation.

Mais, dans le cas de luxation, il existe une déformation généralement assez prononcée, due au changement permanent des rapports des surfaces articulaires, déformation qui ne s'observe pas dans l'entorse; dans cette dernière, les mouvements, quoique douloureux, peuvent néanmoins s'exécuter dans tous les sens, tandis que certains mouvements sont abolis dans la luxation.

Quant aux fractures voisines des articulations, comme celles des malléoles tibiale et péronière, de l'extrémité inférieure du radius, etc., elles sont fréquemment confondues avec de simples entorses. Cependant le siège de la douleur, qui, dans l'entorse, offre son maximum au niveau de l'interligne articulaire et non à quelque distance de celui-ci; la possibilité, dans la fracture, d'imprimer des mouvements à l'articulation sans déterminer les douleurs si violentes qui caractérisent l'entorse; l'existence d'une déformation caractéristique, d'une mobilité anormale et quelquefois de la crépitation propre à la fracture, permettront le plus souvent d'établir à laquelle des deux lésions on a affaire.

S'il est en général assez facile d'établir le diagnostic de l'entorse, il n'en est plus de même quand on veut préciser quelles sont les parties de l'articulation qui ont souffert. Il est le plus souvent impossible, par exemple, de reconnaître si des portions osseuses ont été arrachées par les ligaments, si, les gaines tendineuses étant rompues, les tendons ont abandonné leurs gouttières de glissement. On pourra seulement soupçonner quelques-uns de ces accidents, surtout la rupture musculaire, par l'existence d'une douleur localisée sur un point plus ou moins distant de la jointure, ainsi que par l'apparition d'une ecchymose circonscrite à ce niveau.

PRONOSTIC. — Il doit être très-réservé, en raison même des difficultés que le chirurgien éprouve à constater la nature exacte des désordres produits. L'entorse légère guérit promptement et ne laisse aucune trace; plus violente, elle constitue une affection toujours sérieuse, qui exige un long traitement, des soins assidus et surtout une grande docilité de la part du malade. L'entorse des membres supérieurs est en général moins grave que celle des membres inférieurs: l'influence du poids du corps, la difficulté de l'immobilisation étant, pour ces derniers, des circonstances fâcheuses. L'âge et la constitution du malade ont encore une grande influence: chez les vieillards, la faible résistance des tissus, la difficulté de la réparation des désordres locaux sont de mauvaises conditions. Enfin l'expérience a appris que, chez les sujets scrofuleux, une entorse même modérée peut être suivie de l'altération profonde des éléments de l'articulation, d'abcès, de suppuration, etc.

TRAITEMENT. — Il y a trois indications à remplir dans le traitement de l'entorse: 1° prévenir le développement de l'inflammation; 2° combattre cette inflammation lorsqu'on n'a pu l'empêcher; 3° parer aux divers accidents consécutifs de l'entorse.

1° *Traitement préventif de l'inflammation.* — Parmi les différents moyens proposés pour remplir cette première indication, les uns sont mécaniques, les autres consistent en applications locales.

Les moyens mécaniques comprennent un certain nombre de procédés empiriques, laissés autrefois aux mains des rebouteurs, et que, de nos jours, tout le monde s'accorde à considérer comme pouvant rendre, dans certains cas, de véritables services.

Ces moyens empiriques consistent dans les mouvements artificiels et le massage.

Les *mouvements artificiels* ont été recommandés par Fabrice d'Acquapendente, et plus tard par J. Hunter: suivant Ribes (1), il est bon de soumettre les articulations à des pressions, des tractions et des mouvements modérés, dans le but de faire reprendre aux parties déplacées leur position normale. Bonnet est plus précis dans ses indications; d'après ce chirurgien, on doit imprimer à l'articulation des mouvements alternatifs de flexion et d'extension, d'abord modérés et plus tard de plus en plus larges,

(1) *Mémoires et observations*, t. II, p. 492.

jusqu'à ce qu'ils atteignent l'étendue naturelle. Lorsque ces mouvements sont difficiles et douloureux, cela tient à quelque déplacement que l'on redresse par les pressions et les tractions en divers sens. Il cite à l'appui de cette opinion des faits rapportés par Hey et A. Cooper, et un fait qui lui est personnel, dans lequel il suppose qu'il existait une luxation des cartilages semi-lunaires empêchant complètement les mouvements du genou; mais c'est là une supposition toute gratuite.

Le *massage*, dont l'origine remonte aux temps les plus reculés (1), a été pendant longtemps, et est encore aujourd'hui le plus souvent abandonné aux rebouteurs. Il consiste en des frictions et des pressions de plus en plus énergiques que l'on exerce sur les parties molles des membres affectés d'entorse.

Après avoir placé le membre dans une position commode pour le malade et pour le chirurgien, ce dernier embrasse l'articulation avec les deux mains et, soit avec les doigts, soit avec la paume de la main, il fait des frictions d'abord très-légères, puis de plus en plus fortes, principalement sur les points douloureux et qui sont le siège de gonflement et d'ecchymoses. Ce n'est que lorsque le malade commence à bien supporter les douleurs dites *de friction*, que l'on passe au massage proprement dit. Pour cela on pétrit, pour ainsi dire, les parties molles tuméfiées, à l'aide de pressions fortes, dirigées de l'extrémité du membre vers sa racine et le long des gouttières et dépressions que présente le pourtour des articulations, évitant ainsi d'appuyer avec force sur les saillies osseuses. On peut aussi, à l'exemple de Magne (2), combiner les frictions, les massages et les mouvements artificiels. Ces différentes manœuvres déterminent généralement des douleurs quelquefois très-vives, mais qui ne tardent pas à diminuer et à disparaître.

Les auteurs qui ont écrit sur l'emploi du massage dans l'entorse ne sont pas d'accord sur la durée et le nombre des séances, ce qui s'explique aisément par la diversité des cas auxquels ils ont eu affaire. Aussi la disparition de la douleur et du gonflement est-elle, croyons-nous, le meilleur signe qui indique qu'il faut cesser le massage.

Quel est le mode d'action du massage dans le traitement de l'entorse? Nous ne saurions le dire d'une façon certaine. Toujours est-il qu'il agit sur les trois symptômes principaux : la douleur, l'ecchymose et le gonflement, et qu'il diminue la durée de la maladie, ainsi qu'il ressort des observations rapportées par Lebatard (3), Quesnoy (4), Servier (5) et Rizet (6).

(1) Voyez : Estradère, *Du massage, son historique, ses manipulations, etc.*, thèse de Paris, 1863.

(2) *Gaz. méd.*, 1856, n° 50.

(3) *Gaz. des hôpitaux*, 1856.

(4) *Mém. de méd. et de chir. militaires*, 3^e série, t. VII, 1862.

(5) *Ibid.*

(6) *Du traitement de l'entorse par le massage*. Arras, 1862. — *De la manière de pratiquer le massage dans l'entorse*. Arras, 1864.

En présence des faits nombreux de guérison rapide obtenue par l'emploi du massage, on ne peut s'empêcher de reconnaître l'utilité réelle de ce moyen de traitement de l'entorse. Cependant il faut savoir qu'il ne convient pas à tous les cas, et qu'il peut déterminer des accidents graves lorsqu'on l'emploie d'une manière aveugle. Nous repoussons donc le massage dans l'entorse compliquée, et nous le croyons surtout utile dans les cas de simple distension des ligaments. Mais même alors on doit s'attendre à ne pas toujours réussir, et peut-être, faute d'une assez grande habitude, nous avons vu parfois le massage échouer complètement entre nos mains. Il ne faut pas, d'ailleurs, s'exagérer les avantages de ces manœuvres, qui ne peuvent rien sur la cicatrisation des ligaments. Aussi pour les entorses un peu graves, d'autres moyens thérapeutiques sont nécessaires pour compléter la guérison.

L'*immobilisation de la jointure* devient indispensable toutes les fois que l'entorse s'accompagne de lésions étendues, alors même que l'emploi du massage aurait fait disparaître en partie la douleur et le gonflement.

Le simple séjour au lit n'est suffisant que dans les cas légers; il faut y joindre le plus souvent l'emploi de divers appareils. Quelques chirurgiens appliquent aux entorses les bandages employés dans les fractures. Nous préférons à ces derniers les gouttières de fil de fer qui, tout en maintenant l'articulation immobile, n'exercent aucune compression et permettent d'examiner les parties malades et de faire concurremment certaines applications locales.

Ces *applications locales* constituent un dernier mode de traitement des entorses récentes. Les *réfrigérants* ont été employés de différentes manières, et principalement sous forme de *bains locaux d'eau froide* conseillés depuis longtemps par J. L. Petit et Boyer dans le traitement des entorses récentes de certaines articulations, et surtout de l'articulation tibio-tarsienne. C'est l'eau de source ou l'eau de puits que l'on emploie le plus souvent; l'eau doit arriver au-dessus des malléoles et l'on doit la renouveler dès qu'elle s'échauffe ou la refroidir en y ajoutant de la glace. Le premier phénomène que l'on observe pendant le bain d'eau froide, c'est une augmentation de la douleur qui, au bout d'une heure, commence à se calmer et finit par disparaître peu à peu. Cette immersion doit être continuée dix, douze, quinze et même vingt-quatre heures, jusqu'à ce que l'on ait obtenu un refroidissement complet de l'articulation.

Ce n'est pas seulement dans les premiers moments qui suivent l'accident que l'application de l'eau froide est utile. Bonnet et Poulain affirment que l'on peut y recourir avec avantage après vingt-quatre heures et même quarante-huit heures. Cette action des réfrigérants est le plus souvent suivie de succès. Poulain cite 90 observations de malades traités par cette méthode : 23 ont été guéris en six jours, 10 en huit jours, 22 en onze ou douze jours, 28 en quinze jours, 4 en vingt ou vingt-cinq jours, 3 seulement en un mois. On doit donc recourir aux bains d'eau froide toutes les fois que la région le permet, lorsque l'entorse siège au poignet ou au

piéd. Bonnet en conseille l'usage, même quand l'entorse est compliquée de fracture des malléoles ou du péroné; il dit s'en être parfaitement trouvé.

L'application de ce moyen réclame de la part du chirurgien une surveillance assidue et intelligente. Pendant toute la durée du bain, le liquide doit être entretenu à un degré de froid toujours constant; lorsqu'on veut faire cesser le bain, il faut en élever graduellement la température, afin d'empêcher la violente réaction qui serait le résultat inévitable de la suppression trop brusque du froid.

Certaines articulations, le coude, la hanche, le genou, ne peuvent pas être plongées dans un bain d'eau froide. On peut alors appliquer le froid, soit à l'aide de *compresses trempées dans des liquides réfrigérants*, tels que : l'eau froide ou glacée, l'eau-de-vie camphrée seule ou additionnée d'eau blanche, la lotion évaporante d'A. Cooper (mélange d'alcool camphré et d'éther); soit à l'aide d'*irrigations continues d'eau froide*; soit enfin par l'application de *cataplasmes froids* préparés avec la pulpe de plantes fraîches, comme celle de carottes ou de pommes de terre.

2^e *Traitement curatif de l'inflammation.* — Cette médication répercussive ne réussit pas toujours à prévenir le développement de l'inflammation, ou bien le chirurgien peut être appelé lorsque les phénomènes inflammatoires existent déjà. Il faut alors avoir recours aux antiphlogistiques locaux et généraux : saignée générale, larges applications de sangsues mesurées à l'âge et à la constitution du malade, cataplasmes émollients additionnés de laudanum. Enfin l'immobilité de l'articulation doit être prescrite et maintenue à l'aide des moyens ordinaires.

3^e *Traitement des accidents consécutifs à l'entorse.* — Nous laisserons entièrement de côté le traitement à suivre dans les cas où l'entorse dégénère en tumeur blanche; nous ne parlerons que des moyens destinés à combattre quelques accidents consécutifs. S'il est dangereux de laisser le malade se livrer à un exercice fatigant, il est au moins aussi fâcheux pour l'articulation de la tenir longtemps immobilisée. J. Hunter a démontré qu'un grand nombre d'entorses restent longtemps douloureuses, que l'articulation est roide et ne peut se mouvoir. On se trouve très-bien en pareil cas d'imprimer chaque jour à la jointure malade des mouvements graduellement étendus, et même des tractions légères qui ont pour but de faire disparaître les déplacements insensibles qui auraient pu subsister. Bonnet et Brulet (de Dijon) citent de nombreux exemples en faveur de cette pratique.

L'empâtement disparaîtra par l'application d'une compression méthodique que l'on pourra continuer pendant quelque temps, afin de soutenir l'articulation encore faible et d'empêcher le retour de l'entorse. La roideur et la faiblesse seront avantageusement combattues par les frictions stimulantes (baumes de Fioravanti, nerval, opodeldoch); par des bains avec la décoction de cendres, le sang de bœuf, le marc de raisin, et surtout par les douches sulfureuses.

§ II. — Contusion des articulations.

ÉTIOLOGIE. — Les contusions des articulations peuvent être produites par deux ordres de causes différentes : dans certains cas, la cause vulnérante agit directement sur l'articulation; un coup, ou bien une chute dans laquelle l'articulation a frappé sur le sol : ce sont les *contusions directes*. Dans d'autres cas, le choc a porté non plus sur un point de l'articulation même, mais bien sur les leviers osseux dont les extrémités sont articulées ensemble; c'est ainsi que les chutes sur le coude, sur le genou, peuvent produire une contusion de l'épaule ou de la hanche; ce sont les *contusions indirectes* ou par *contre-coup*, dans lesquelles les extrémités articulaires sont violemment pressées les unes contre les autres.

Il ressort de ce que nous venons de dire qu'il y a une certaine analogie entre les contusions des articulations et les entorses, analogie que nous retrouverons dans les désordres anatomiques, dans les symptômes et le traitement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On peut rencontrer tous les désordres anatomiques qui résultent des contusions, depuis le simple froissement du tissu cellulaire avec légère ecchymose, jusqu'à l'attrition complète des parties molles réduites en une sorte de bouillie, avec arrachement des ligaments et fractures des extrémités osseuses. Ce sont, comme on le voit, à peu près les mêmes lésions que celles qui ont été décrites dans l'entorse; cependant nous devons signaler quelques particularités propres à la contusion.

La membrane synoviale peut être directement atteinte par l'agent contondant, au genou, au poignet, par exemple, et il peut en résulter une rupture de cette membrane, sans que la peau soit divisée. Qu'il y ait déchirure ou simple contusion de la synoviale, il se produit fréquemment, à la suite des contusions des jointures, un épanchement sanguin ou séro-sanguin, quelquefois très-considérable.

Les extrémités osseuses présentent parfois, et surtout dans les contusions indirectes, des fractures ou des écrasements. Bonnet a admis, d'après ses expériences cadavériques, qu'il peut y avoir simple pénétration de la lame externe compacte dans le tissu spongieux de l'os, sans qu'aucun signe physique indique à l'extérieur l'existence de cette lésion. Le même auteur attribue à cette cause les douleurs persistantes que l'on observe quelquefois à la suite de contusions indirectes des jointures.

Les cartilages peuvent être eux-mêmes directement atteints par l'agent contondant, et il peut en résulter une fracture. Le fragment cartilagineux, quelquefois complètement détaché, tombe alors dans la cavité articulaire. Nous en avons rapporté quelques exemples en traitant des corps étrangers des articulations. Cependant il est plus ordinaire, dans ces cas, que le fragment cartilagineux soit détaché en même temps qu'une esquille osseuse.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes de la contusion sont à peu près les